

# Demande de prolongation d'assurance invalidité courte et longue durée

Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par quelqu'un en son nom si elle est incapable de le remplir elle-même. La Capitale assureur de l'administration publique inc. se réserve le droit d'exiger des renseignements supplémentaires si elle le juge nécessaire. La compagnie n'assume aucune responsabilité pour tous frais relatifs à l'exécution des preuves de la réclamation.

**ATTENTION! Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.**

		N° DE CONTRAT	N° DE L'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION
<b>Déclaration de la personne assurée (remplir en lettres majuscules)</b>		1	2	3
4 NOM	5 PRÉNOM			
6 ADRESSE	N° RUE APP.	VILLE	CODE POSTAL	
7 TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	8 TÉLÉPHONE TRAVAIL	9 GENRE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	10 DATE DE NAISSANCE	

11 Êtes-vous encore totalement invalide?  
 Non – date de fin d'invalidité: Année Mois Jour  
 Oui – sans interruption depuis le: Année Mois Jour

12 Avez-vous travaillé à temps partiel depuis le début de votre invalidité?  
 Non  Oui Combien de jours ou d'heures/semaine? \_\_\_\_\_

13 a) Retour au travail à temps complet: Année Mois Jour  
 b) Retour progressif au travail: Année Mois Jour

14 Depuis le dernier rapport, avez-vous consulté un professionnel de la santé, reçu des traitements ou subi des examens?  Non  Oui  
**Si oui**, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.  
 Hôpitaux, médecins consultés durant votre invalidité actuelle:

Nom et adresse des hôpitaux ou médecins	Date	Traitements/opérations
_____	_____	_____
_____	_____	_____

15 Quels médicaments prenez-vous actuellement?

16 Avez-vous présenté ou présenterez-vous une demande de prestations à un organisme public, à une compagnie d'assurance ou aux deux?  Non  Oui  
**Si oui**, à quel organisme? \_\_\_\_\_ Date de votre demande: Année Mois Jour  
 Acceptée  Refusée  À l'étude  
 Autre: Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ Numéro de dossier \_\_\_\_\_  
 Acceptée  Refusée  À l'étude

**17 Déclaration**

« Je certifie que les renseignements donnés ci-dessus sont complets et véridiques. »

**18 Autorisation**

« J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier. J'autorise également La Capitale à communiquer ces renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier. En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements et autorisations permettant le traitement de mon dossier. J'autorise La Capitale à utiliser mon numéro d'assurance sociale (NAS) aux fins d'émission de relevés fiscaux. J'autorise La Capitale à verser mes prestations directement sur le compte dont le numéro est indiqué sur le chèque ci-joint. »  
 Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

**Attention**  
 Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées:

- Par la personne assurée
  - déclaration de la personne assurée
  - section supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant
- Par l'employeur
  - déclaration de l'employeur
- Par le médecin traitant
  - déclaration du médecin traitant

\_\_\_\_\_  
 Signature de la personne assurée

\_\_\_\_\_  
 Date

**Déclaration de l'employeur ou du preneur (remplir en lettres majuscules)**

**1** Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*(Veuillez passer à la question suivante si aucun changement n'est survenu depuis la dernière déclaration)*

Code postal : \_\_\_\_\_

**2** N° de contrat : \_\_\_\_\_  
 N° de l'employeur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

**3** Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ **4** Prénom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**5** Numéro d'identification de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**6** Cette personne est-elle toujours à votre emploi ? Oui  Non

Si non, s'agit-il :

d'un congédiement ? Non  Oui  → Date : \_\_\_\_\_

d'une mise à pied ? Non  Oui  → Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Date de l'avis : \_\_\_\_\_

d'une abolition de poste ? Non  Oui  → Date : \_\_\_\_\_

d'un congé sans solde ? Non  Oui  → Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

autre (précisez) : \_\_\_\_\_ Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**7** Cette personne est-elle retournée au travail ? Oui  Non

**Date**

**Occupation**

**Si oui**, veuillez indiquer la date et l'occupation : \_\_\_\_\_

**8** Depuis votre dernière déclaration, avez-vous versé des sommes à cette personne ? Non  Oui

**Nature**

**Période**

**Montant**

**Si oui**, précisez la nature, la période et le montant (ex. : vacances, congés de maladie, assurance emploi, etc.) : \_\_\_\_\_

**9** Y a-t-il d'autres renseignements relatifs à la présente demande que nous devrions connaître ? Non  Oui

**Si oui**, précisez : \_\_\_\_\_

**10** Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et véridiques.

Signature de la personne autorisée

\_\_\_\_\_

Année | Mois | Jour

Date

**Section à remplir par la personne assurée**

N.B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.

1 Nom: \_\_\_\_\_ 2 Prénom: \_\_\_\_\_  
 3 N° de contrat: \_\_\_\_\_ 4 Date de naissance: \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

**Déclaration du médecin traitant (remplir en lettres majuscules et remettre au patient)**

**1. Diagnostic**

1.1 Principal: \_\_\_\_\_  
 1.2 Secondaire: \_\_\_\_\_  
 1.3 Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (**joindre copie** des résultats récents, radiographies, ECG ou autres tests et examens):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Poids: \_\_\_\_\_ lb  kg  Taille: \_\_\_\_\_ pi/po  \_\_\_\_\_ m/cm  Tension artérielle la plus récente: \_\_\_\_\_  
 1.4 Degré de gravité des symptômes (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

	L M I		L M I
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**2. Traitement**

2.1 Médicaments - nom - posologie: \_\_\_\_\_  
 2.2 Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence): \_\_\_\_\_  
 2.3 Chirurgie (date, nature et intervention): \_\_\_\_\_  
 2.4 Hospitalisation: du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_  
 2.5 Consultation d'un spécialiste: Non  Oui  → **Annexez la copie**

**3. Suivi médical et pronostic**

3.1 Date de la dernière consultation: \_\_\_\_\_ Prochaine consultation: \_\_\_\_\_  
 3.2 Tests et examens à venir (précisez): \_\_\_\_\_  
 3.3 Fréquence du suivi: \_\_\_\_\_  
 3.4 Orientation vers un spécialiste: Non  Oui  Nom du médecin: \_\_\_\_\_  
 3.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste: \_\_\_\_\_ Spécialité: \_\_\_\_\_  
 3.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.  

Au début de l'invalidité	Actuellement

 3.7 Évolution: Progressive  Stable  Régressive   
 3.8 Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.  
 \_\_\_\_\_  
 3.9 Collaboration du patient à son traitement: Excellente  Moyenne  Médiocre   
 3.10 Durée approximative de l'incapacité: Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ Indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_  
 3.11 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_  
 À temps partiel  À temps plein  Retour progressif  Précisez: \_\_\_\_\_

**4. Questions spécifiques au contrat**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_  
 5.2 N° de permis d'exercer: \_\_\_\_\_ Télécopieur: \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste  Précisez: \_\_\_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

**NOTE: LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE**

**Section à remplir par la personne assurée**

N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au recto.

1 Nom: \_\_\_\_\_ 2 Prénom: \_\_\_\_\_  
3 N° de contrat: \_\_\_\_\_ 4 Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

**Déclaration du médecin traitant (remplir en lettres majuscules et remettre au patient)**

**1. Diagnostic**

1.1 Principal: \_\_\_\_\_  
1.2 Secondaire: \_\_\_\_\_  
1.3 Veuillez décrire les symptômes avec leur fréquence et précisez le degré de gravité de chacun d'eux: L = Léger M = Moyen I = Intense

Signes	L	M	I	Symptômes	L	M	I
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement
_____	_____

**2. Traitement**

2.1 Médicaments - nom - posologie: \_\_\_\_\_

2.2 **Votre patient consulte-t-il un:** Depuis quand **Votre patient est-il suivi:** Précisez:

psychiatre?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	dans un centre de traitement?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
psychologue?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	dans un CLSC?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
travailleur social?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	dans un hôpital de jour?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
autre intervenant?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	en thérapie de groupe?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
			en thérapie individuelle?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

AXE II) Troubles de la personnalité associés? Non  Oui  Précisez: \_\_\_\_\_  
Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu? Non  Oui  Précisez: \_\_\_\_\_

AXE III) Maladie associée: - diagnostic: \_\_\_\_\_  
- médicaments prescrits: \_\_\_\_\_

AXE IV) Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois):

<input type="checkbox"/> Problèmes personnels ou interpersonnels	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi ou mise à pied	<input type="checkbox"/> Problèmes professionnels
<input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux ou familiaux	<input type="checkbox"/> Consommation abusive d'alcool ou de drogues, problèmes de jeu ou les deux	
<input type="checkbox"/> Autres, précisez: _____		

AXE V) Échelle générale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite) → Au début du traitement: \_\_\_\_\_ Actuellement: \_\_\_\_\_

**3. Suivi et pronostic**

3.1 Date de la dernière consultation: \_\_\_\_\_ Année Mois Jour Prochaine consultation: \_\_\_\_\_ Année Mois Jour

3.2 Fréquence du suivi: \_\_\_\_\_

3.3 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre? Non  Oui  Nom du médecin: \_\_\_\_\_

3.4 Collaboration du patient à son traitement: Excellente  Moyenne  Médiocre

3.5 Si vous prévoyez que l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.  
\_\_\_\_\_

3.6 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale? Non  Oui

3.7 Durée approximative de l'incapacité: Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_ indéterminée  ou date de retour au travail \_\_\_\_\_ Année Mois Jour

3.8 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_  
À temps partiel  À temps plein  Retour progressif  Précisez: \_\_\_\_\_

**4. Questions spécifiques au contrat**

**5. Identification du médecin**

5.1 Nom, prénom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_  
5.2 N° de permis d'exercer: \_\_\_\_\_ Télécopieur: \_\_\_\_\_  
Omnipraticien  Spécialiste  Précisez: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Année Mois Jour

**NOTE: LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE**